

## بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۲

ایروان مسعودی اصل<sup>۱</sup>، قاسم رجبی واسکولایی<sup>۲</sup>، حامد نظری<sup>۳</sup>، لیلا گوردیزی<sup>۴</sup>، مهدی رعدآبادی<sup>۵</sup>، دکتر امیر حسین اسکندری<sup>۶</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: اهمیت سلامتی در اسلام در موارد متعدد ذکر گردیده است. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت نیز سلامت روانی و سلامت معنوی در دسته بندی مربوط به تعریف سلامت گنجانده شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت معنوی در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون و آزمون سلامت روان (GHQ-28) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS.18 و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی تست و ANOVA انجام شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار مولفه سلامت معنوی  $75/33 \pm 6/70$  شد. سلامت روان  $52/4$  درصد در وضعیت دارای اختلال قرار داشت. بر اساس آزمون تی رابطه معناداری بین مولفه سلامت معنوی و جنسیت دانشجویان مشاهده شد. آزمون آنوا نیز رابطه معناداری بین مقطع تحصیلی دانشجویان و سلامت معنوی و دو زیر معیار آن‌ها یعنی سلامت وجودی و مذهبی نشان داد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد وضعیت دانشجویان در دو مولفه سلامت معنوی و روانی مناسب نبود و در مورد سلامت روانی نیز درصد بالایی از دانشجویان مشکوک به اختلال بودند. لذا انجام مطالعات گسترده ای و مشورت با روانشناسان و روانپزشکان و مسئولین در جهت کاهش عوامل خطر توصیه می‌شود. کلمات کلیدی: سلامت معنوی، سلامت روانی، دانشجویان پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۲- مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، اقتصاد بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، ایران

۴- مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

ایمیل: mehdiraadabadi@gmail.com

۶- استادیار، عضو هیئت علمی ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

## مقدمه:

اسلام به موضوع «سلامت» بسیار اهمیت داده است در قرآن آمده است که یکی از نام‌های مبارک وزیای خداوند متعال «سلام» است (سوره حشر آیه ۲۳) یعنی ذات پروردگار در ذات و صفاتش از هر عیب و نقصی به دور است و منبع سلامتی برای جهانیان می‌باشد. قرآن خود نیز پیروانش را به سوی همه راه‌های سلامت رهنمود می‌سازد (سوره مائده آیه ۱۶). همچنین شعار مسلمانان هنگام ملاقات و خداحافظی با هم دیگر «سلام» است که بیانگر آن است که سلام کننده و سلام بر او شده از روان و اندیشه سالم و شعور بالایی برخوردارند زیرا به یکدیگر اعلام می‌کنند که در اندیشه گزند و آسیب رساندن به همدیگر نیستند (سوره نسا آیه ۸۶) این موضوع تنها به دنیای انسان ختم نمی‌گردد بلکه سرای دیگرش را به شرطی که در دنیا راه سلامت را پیموده باشد در بر می‌گیرد و در آنجا فرشتگان خدا با شعار «سلام» یعنی (سلامت، سلامت) به استقبال بهشتیان می‌روند و به پذیرایی آنان می‌پردازند و به آنان اعلام می‌دارند که از همه گزندها و آسیب‌ها سلامت هستید (سوره زمر آیه ۷۳). بهشتیان نیز هنگام ملاقات با همدیگر و نشستن کنار هم شعارشان همین «سلام» است (سوره واقعه آیه ۲۶ و ۹۱) (۱). به طور خلاصه می‌توان گفت تنها دین و مکتبی که سلامت دنیا و آخرت انسان را تضمین می‌کند دین اسلام است.

یکی از موضوعات مهم در ابعاد مختلف سلامتی، سلامت معنوی می‌باشد. سلامت انسان در طول تاریخ از جوانب مختلف به خطر افتاده است هر چند امروزه سازمان جهانی بهداشت بر سه بعد سلامت: جسمی، روانی، اجتماعی اتفاق نظر و بر سلامت معنوی اختلاف نظر دارد اما آنچه که برای عموم محسوس است بعد سلامت جسمانی است (۲). سلامت معنوی نقش اساسی در میان دیگر ابعاد سلامت دارد تا سلامت معنوی جایگاه واقعی خود را در میان مردم پیدا نکند انسان نمی‌تواند به سلامت کامل دست یابد. (۳) به رغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده اند، فقدان ارائه یک تعریف کاری یا تئوریک قابل قبول از سلامت معنوی، کماکان مشاهده می‌گردد (۴)، به گونه ای که مشکل شناسایی، تعریف و

اندازه گیری ابعاد سلامت معنوی، همچنان مشکلی فرا رو می‌باشد.

در این راستا، عدم افتراق سلامت معنوی از معنویت در بسیاری از منابع، خود یکی از مباحث قابل طرح است. اگرچه می‌توان به طور منطقی فرض کرد که همپوشانی‌هایی بین تعریف سلامت معنوی و معنویت وجود داشته باشد، مترادف شمردن آنها با یکدیگر یا به کارگیری آنها در متون مختلف حداقل بدون افتراق قائل شدن بین آنها، پدیده ای شایع و مورد چالش است (۵). با توجه به مشکل فوق، در جست و جوی مفاهیم ارائه شده برای سلامت معنوی در منابع مختلف، تعاریف ذکر شده برای معنویت نیز خودبخود رُخ می‌نمایند.

معانی بسیار مختلفی در مقالات و کتب گوناگون در مورد معنویت و سلامت معنوی ارائه شده‌اند. هنگام پرداختن به این دو، مفهوم مذهب نیز به میان می‌آید. اگرچه برخی افراد که خود را معنوی می‌دانند، بر یک مذهب رسمی صحه نمی‌گذارند، مذهبی بودن و معنویت، مفاهیمی هستند که همپوشانی دارند (۶). برخی معتقدند معنویت فراتر از مذهب و شامل مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی، آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک که منعکس کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بینهایت است، اتصال به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا و یکپارچگی همه ابعاد انسانی می‌باشد (۷). مشکلات بسیاری همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مسأله، عدم تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت، عدم دستیابی به ابزارهای مناسب جهت سنجش سلامت معنوی عدم طراحی صحیح سؤالات، سنجش دیگر حیطه‌های سلامت، عدم اعتبار و پایایی برخی ابزارهای سنجش و ... و استفاده از نمونه‌های کوچک و غیرقابل تعمیم همچنان به چشم می‌خورند (۸).

وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (۹). اسلام وجود آدمی را متشکل از دو بعد روانی (غیر مادی) و جسمانی

جنبه‌های مادی و معنوی او و موضوعات دیگری از این دست کنار گذاشته شد (۱۰). این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت معنوی به عنوان دو جز اساسی سلامتی در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است.

### روش کار:

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در نیم سال دوم تحصیلی ۹۱-۹۲ انجام گرفت. جامعه آماری شامل ۱۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که طبق فرمول نمونه گیری کوکران، از میان آنان تعداد ۱۷۲ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن درصد عدم بازگشت در مجموع ۱۸۰ دانشجوی نمونه مطالعه را تشکیل دادند. در محاسبه حجم نمونه ضریب اطمینان ۹۵٪ و  $P=q/5=0$  بعنوان پیش فرض انتخاب و مقدار خطا نیز ۰/۰۷ در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک دانشجویان همچون سن، جنس، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، سال ورود به دانشگاه و معدل تحصیلی می‌شد. بخش دوم، پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (Palutian & Ellison) بود (۱۱) که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می‌کرد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ بود. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود نداشت و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت گرفت. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد به گونه‌ای که به گزینه کاملاً موافقم مقدار ۶، موافقم مقدار ۵، نسبتاً موافقم مقدار ۴، نسبتاً مخالفم مقدار ۳، مخالفم مقدار ۲ و کاملاً مخالفم مقدار ۱ تعلق گرفت. در پایان نیز، سلامت معنوی به سه

(مادی) معرفی می‌کند (فجر- ۲۹) و سلامت هر یک را در گرو سلامت دیگری و متأثر از آن می‌داند. روح و بدن، هر یک برای خود سلامتی و بیماری مخصوص به خود را دارند و به هم خوردن تعادل در یکی از آنها دیگری را تحت تاثیر قرار می‌دهد (سوره یوسف-آیه ۱۸۴) (۱).

سلامت روان به معنای تعادل و انسجام فراگیر در همه ابعاد جسمانی و نفسانی انسان است که قلب سلیم (شعرا- ۸۹) و نفس مطمئنه (فجر- ۲۷) از جمله علایم آن است و در مقابل، بیماری روانی خارج شدن از حد اعتدال است که امراض قلبی واضطراب از جمله نشانه‌های آن می‌باشد (مائده- ۵۲). از اثرات سلامت روانی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: انسانی که دارای روان سالم می‌باشد، رویدادهایی که پدید می‌آید، به آرامش روانی وی آسیب نمی‌زند، زیرا می‌داند که چه بسا وقایع ناخوشایند که خیر هستند و چه بسا امور دوست داشتنی که شرّند (بقره- ۲۱۶) ۲- مشکلات و سختی‌ها را قرین و مقدمه آسایش و گشایش می‌داند و همواره امیدوار است (طلاق- ۷) و از رحمت خدا مأیوس نمی‌باشد (یونس- ۸۷) پیرو ظن و گمان نیست و از بدگمانی پرهیز می‌کند، زیرا بدگمانی را گناه می‌داند.

۳- افسردگی و اضطراب ندارد و از احساس امنیت و آرامش برخوردار است و ترس و غم و اندوه را در دل خود ایجاد نمی‌کند (یونس- ۶۲)

۴- آسایش دیگران را بر آسایش خود مقدم می‌داند و از

این رو است که سخاوت مند و دست و دل باز است (حشر- ۹).

۵- به دیگران نیکی می‌کند و نیکی دیگران را با نیکی

بالاتری پاسخ می‌دهد (نساء- ۸۶). حتی بدی را با خوب ی

پاسخ می‌دهد (نحل- ۱۲۶) اگر به کسی نیکی کرد او را با

منت نمی‌آزارد و منت گذار و فزون طلب نیست (مدثر- ۶)

(۱). یکی از پیامدهای گرایش به تطبیق روش‌های علوم

تجربی در حوزه پژوهش روان شناسی این بود که تنها به

پدیده‌های روانی ناشی از فعالیت‌های فیزیولوژیک بسنده

شد و بعد معنوی و حقیقت انسان در پژوهش‌ها به دست

فراموشی سپرده شد؛ از این رو از تحقیق درباره مساله عشق،

محبت و مانند آن بازماندند و از بحث در مورد کیفیت

هماهنگی میان شخصیت انسان از طریق ایجاد توازن میان

برای پاسخ دهی به سوالات به آن‌ها داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون (سنجش همبستگی سلامت معنوی و روانی)، تی تست (تعیین رابطه میان جنسیت دانشجویان و مولفه‌ها) و آنوا (تعیین رابطه میان سن، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، معدل و سال ورود به دانشگاه و مولفه‌ها) استفاده شد. سطح معنی دار در کلیه آزمون‌های پژوهش نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

$$N = 1200$$

$$Z = 1/96$$

$$P=q=0/5$$

$$d=0/07$$

$$n = \frac{N p q z^2}{N d^2 + Z^2 p q}$$

#### یافته‌ها:

از ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شده در بین دانشجویان، ۱۶۸ مورد تکمیل و بازگشت داده شد (۹۳/۳۳٪ نرخ بازگشت). در جدول یک مشخصات دموگرافیک دانشجویان نشان داده شده است. بیشتر دانشجویان مذکر (۵۱/۲ درصد) و مجرد (۸۹/۳ درصد) بودند. نزدیک به ۸۶ درصد آن‌ها در فاصله سنی ۱۷-۲۸ قرار داشتند که اکثریت این افراد (۶۱/۹ درصد) در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. بیش از نیمی از دانشجویان از دو ورودی تحصیلی ۹۰ و ۹۱ بودند و معدل بیشتر آن‌ها (۶۳/۱ درصد) بین ۱۸-۱۶ بود (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار حیطه سلامت مذهبی ۳۴/۳۲±۴/۴۳ و سلامت وجودی ۴۱/۰۱±۴/۴۵ بود. در مجموع نیز میانگین و انحراف معیار مولفه سلامت معنوی ۷۵/۳۳±۶/۷۰ شد. از نظر کیفیت سلامت معنوی نیز اکثریت دانشجویان (۸۸/۸٪) در وضعیت متوسط قرار داشتند (جدول ۲).

در مولفه سلامت روانی از بین ۴ حیطه متعلق به این مولفه، بیشتر دانشجویان در وضعیت سالم قرار داشتند. با

سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی شد. بخش سوم نیز آزمون سلامت روان (GHQ-۲۸) یا General Health Questionnaire می‌باشد که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر طراحی و تدوین شده است (۱۲) که دارای چهار مقیاس می‌باشد. مقیاس A علائم جسمانی مانند احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی را در برمی گیرد. مقیاس B علائم اضطرابی همچون بیخوابی و مقیاس C علائم اختلال در کارکرد اجتماعی مثل توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره و احساسات آن‌ها را درباره موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کرد. مقیاس D نیز علائم افسردگی مانند افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی را شامل می‌شد. مدت زمان اجرای این آزمون به طور متوسط ۸ دقیقه در نظر گرفته شد که علائم مرضی و حالات مثبت تندرستی فرد را در یک ماه اخیر (یک ماه قبل از اجرای آزمون) بررسی می‌کرد (۱۳). برای نمره گذاری این آزمون از روش نمره گذاری لیکرتی به صورت (۰-۲-۳-۴) استفاده شد. در مجموع نیز نمره هر فرد در هر حیطه بین ۰ تا ۲۱ و در کل بین ۰ تا ۸۴ متغیر می‌باشد. در هر حیطه نیز دانشجویانی که نمره آنها بین ۰-۶ بود در گروه سالم، نمره ۷-۱۳ در گروه مشکوک و نمره ۱۴-۲۱ در گروه دارای اختلال قرار داشتند. بدین ترتیب با افزایش نمره سلامت عمومی، کیفیت سلامت روانی پایین تر می‌آید. به عبارت دیگر در این مطالعه مانند سایر مطالعات (۱۴ و ۱۵) جهت تعیین وضعیت دانشجویانی که دارای مشکل و اختلالات روانی می‌باشند از نقطه برش ۲۳ استفاده شد، به این صورت دانشجویانی که نمره سلامت عمومی آنها بیش از ۲۳ بدست آید به عنوان مبتلا به اختلال روانی و پایین تر از آن از سلامت روانی برخوردار بودند.

روایی پرسشنامه‌ها پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردید. پایایی پرسشنامه سلامت معنوی در مطالعه سید فاطمی (۱۶) از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ تایید شد (α=۰/۸۲). پایایی پرسشنامه سلامت روان نیز در مطالعه پالاهنگ (۱۷) ۰/۹۱ بدست آمد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، رضایت دانشجویان جلب و زمان کافی

جدول ۱: توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر مشخصات دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مذکر	۵۱/۲
	مونث	۴۸/۸
وضعیت تاهل	مجرد	۸۹/۳
	متاهل	۱۰/۷
سن	۱۷-۲۱	۴۵/۳
	۲۱-۲۵	۴۰/۵
	۲۵-۲۹	۱۴/۳
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۶۱/۹
	ارشد	۹/۵
	دکتری تخصصی	۲۸/۶
معدل	۱۴-۱۶	۲۶/۲
	۱۶-۱۸	۶۳/۱
	۱۸-۲۰	۱۰/۷
سال ورودی	۸۶	۴/۸
	۸۷	۲/۴
	۸۸	۱۴/۳
	۸۹	۲۰/۲
	۹۰	۳۶/۹
	۹۱	۲۱/۴

هریک از ابعاد آن‌ها را با متغیرهای دموگرافیک دانشجویان مورد مطالعه نشان داده است. بر اساس آزمون تی رابطه معناداری بین مولفه سلامت معنوی جنسیت دانشجویان مشاهده شد. این آزمون بین وضعیت تاهل دانشجویان و هیچ یک از مولفه‌ها و ابعاد آن‌ها رابطه معناداری نشان نداد. آزمون آنوا نیز رابطه معناداری بین مقطع تحصیلی دانشجویان و سلامت معنوی و دو زیر معیار آن‌ها یعنی سلامت وجودی و مذهبی نشان داد. همچنین رابطه معناداری بین عملکرد اجتماعی و افسردگی با متغیر سال ورود به دانشگاه و سلامت روان و متغیر معدل نشان داد (جدول ۵).

این حال در وضعیت کلی سلامت روان ۵۲/۴ درصد در وضعیت دارای اختلال قرار داشتند (جدول ۳).

در جدول ۴ رابطه بین مولفه‌های سلامت معنوی و روانی و هر یک از ابعاد آن‌ها با یکدیگر نشان داده شده است. بر این اساس بین دو حیطة سلامت مذهبی و وجودی با مولفه سلامت معنوی رابطه معنی داری وجود دارد. بعبارتی رابطه معناداری بین مولفه سلامت معنوی با دو زیر معیار آن یعنی سلامت مذهبی و وجودی وجود دارد.

در مولفه سلامت روان نیز بین کلیه زیر معیارهای این مولفه و همچنین زیر معیارها و خود مولفه سلامت روان رابطه معناداری قوی وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۵ رابطه بین مولفه‌های سلامت معنوی و روانی و

جدول ۲: دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی در دانشجویان مورد مطالعه

انحراف معیار ± میانگین	محدوده محاسبه شده	محدوده بالقوه نمرات	
۳۴/۳۲ ± ۴/۴۳	۲۳-۵۳	۱۰-۶۰	سلامت مذهبی
۴۱/۰۱ ± ۴/۴۵	۲۴-۵۳	۱۰-۶۰	سلامت وجودی
۷۵/۳۳ ± ۶/۷۰	۵۵-۱۰۵	۲۰-۱۲۰	نمره کل (سلامت معنوی)
	۰ (%۰)	ضعیف (۲۰-۴۰)	کیفیت سلامت معنوی تعداد (درصد)
	۱۶۶ (%۸۸/۸)	متوسط (۴۱-۹۹)	
	۲ (%۱/۲)	بالا (۱۰۰-۱۲۰)	

جدول ۳: بررسی وضعیت دانشجویان از نظر ابعاد سلامت روانی

افسردگی	اضطراب	عملکرد اجتماعی	سلامت جسمی	ابعاد سلامت روانی	وضعیت سلامتی
۱۰۸ (%۶۴/۳)	۹۰ (%۵۳/۵)	۴۰ (%۲۳/۸)	۸۸ (%۵۲/۳)	سالم	
۲۷ (%۳۲/۱)	۵۵ (%۳۹/۳)	۱۱۴ (%۶۷/۸)	۷۰ (%۴۱/۷)	مشکوک	
۶۵۴ (%۳/۶)	۱۲ (%۷/۲)	۱۴ (%۸/۴)	۱۰ (%۶)	دارای اختلال	
		۸۰ (%۴۷/۶)	سالم (امتیاز ۲۲ و پایین تر)	وضعیت کلی سلامت روان تعداد (درصد)	
		۸۸ (%۵۲/۴)	دارای اختلال (امتیاز ۲۳ و بالاتر)		

جدول ۴: رابطه بین مولفه‌های سلامت معنوی و روانی و هریک از ابعاد آن‌ها

سلامت روان	افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب	سلامت جسمی	سلامت معنوی	سلامت وجودی	سلامت مذهبی	
۰/۷۷	۰/۶۵	۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۵۷	۰/۰۰	۰/۲۱	-	سلامت مذهبی
۰/۵۰	۰/۲۶	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۰۰	-	۰/۲۱	سلامت وجودی
۰/۷۹	۰/۶۵	۰/۷۴	۰/۷۶	۰/۵۶	-	۰/۰۰	۰/۰۰	سلامت معنوی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	-	۰/۵۶	۰/۱۵	۰/۵۷	سلامت جسمی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	-	۰/۰۰	۰/۷۶	۰/۴۴	۰/۷۵	اضطراب
۰/۰۰	۰/۰۰	-	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۴	۰/۴۶	۰/۸۱	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰	-	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۶۵	۰/۲۶	۰/۶۵	افسردگی
-	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۹	۰/۵۰	۰/۷۷	سلامت روان

**بحث و نتیجه گیری:**

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین دو مولفه سلامت معنوی و روانی در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد بین سلامت معنوی و سلامت عمومی و ابعاد دو مولفه با یکدیگر رابطه معناداری وجود ندارد. اگرچه با افزایش سلامت معنوی، وضعیت سلامت عمومی دانشجویان بهبود یافته ولی این تغییر به اندازه‌ای نبوده که معنادار گزارش شود. با این حال می‌تواند سلامت معنوی بهتر را بر سلامت روان دانشجویان موثر دانست. در بین مولفه‌های سلامت معنوی این رابطه بین دو بعد این مولفه و خود مولفه با ابعادش معنادار بود. این امر در سلامت روانی نیز قابل مشاهده بود. همچنین نتایج حاکی از این مسئله بود که اکثریت

دانشجویان در هر دو مولفه سلامت معنوی و سلامت روانی در وضعیت متوسطی قرار داشتند که وضعیت خیلی مناسبی نیست.

مقیمیان در مطالعه خود وضعیت سلامت معنوی دانشجویان پرستاری را بالا ارزیابی نمود و بیان کرد که رابطه معناداری بین سلامت معنوی و کاهش اضطراب وجود دارد (۱۸). مصطفی زاده در مطالعه خود نیز نشان داد ۹۴/۷۳ درصد از دانشجویان مامایی مورد بررسی دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند (۱۹).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی  $75/33 \pm 6/70$  بدست آمد. سید فاطمی در مطالعه خود میانگین نمره کل سلامت معنوی بیماران را  $98/35 \pm 14/36$  بیان کرد و نشان داد سلامت معنوی اکثر بیماران در محدوده بالا قرار داشته است (۱۶).

جدول ۵: رابطه بین مولفه‌های سلامت معنوی و روانی (ابعاد آن) با متغیرهای دموگرافیک دانشجویان مورد مطالعه

مولفه‌ها	جنس	وضعیت تاهل	سن	مقطع تحصیلی	سال ورود به دانشگاه	معدل	
سلامت مذهبی	مقدار آزمون	۰/۰۷	۰/۰۰	۱/۱۸	۳/۰۲	۱/۴۴	۱/۵۲
	سطح معنی داری	۰/۷۹	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۲۲
سلامت وجودی	مقدار آزمون	۰/۶۲	۰/۳۱	۰/۹۹	۲/۷۵	۰/۴۴	۱/۱۹
	سطح معنی داری	۰/۴۳	۰/۵۷	۰/۴۳	۰/۰۴	۰/۸۱	۰/۳۰
سلامت معنوی	مقدار آزمون	۴/۲۳	۲/۷۵	۰/۷۱	۳/۱۵	۰/۷۳	۲/۰۹
	سطح معنی داری	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۶۴	۰/۰۲	۰/۶۰	۰/۱۳
سلامت جسمی	مقدار آزمون	۲/۴۶	۰/۱۷	۰/۷۱	۰/۴۴	۱/۴۵	۳/۰۴
	سطح معنی داری	۰/۱۲	۰/۶۸	۰/۶۴	۰/۷۲	۰/۲۱	۰/۰۵
اضطراب	مقدار آزمون	۰/۰۲	۰/۰۵	۱/۴۱	۰/۳۴	۱/۷۵	۱/۳۸
	سطح معنی داری	۰/۸۶	۰/۸۲	۰/۲۱	۰/۷۹	۰/۱۳	۰/۲۵
عملکرد اجتماعی	مقدار آزمون	۰/۱۴	۱/۰۳	۰/۷۲	۰/۴۶	۲/۶۶	۲/۱۴
	سطح معنی داری	۰/۷۰	۰/۳۱	۰/۶۳	۰/۷۰	۰/۰۲	۰/۱۲
افسردگی	مقدار آزمون	۰/۲۰	۰/۲۴	۰/۶۳	۰/۶۶	۳/۰۵	۱/۶۱
	سطح معنی داری	۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۷۰	۰/۵۷	۰/۰۱	۰/۲۰
سلامت روان	مقدار آزمون	۱/۸۱	۰/۱۶	۰/۶۶	۰/۳۲	۱/۹۸	۳/۱۵
	سطح معنی داری	۰/۱۸	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۸۰	۰/۰۹	۰/۰۴

با توجه به این که سلامت مذهبی و سلامت وجودی، دو بعد اصلی تشکیل دهنده سلامت معنوی هر فردی هستند (۲۰)، نتایج در این زمینه نشان می‌دهد که نمره سلامت وجودی دانشجویان، بالاتر از سلامت مذهبی آنان است.

در سوالات سلامت معنوی بیشترین میانگین مربوط به سوالات (عقیده دارم که خدا مرا دوست دارد و مراقب من است) و (ارتباط با خداوند به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم) بود. در مطالعه سید فاطمی (۱۶) نیز این دو سوال مشمول بالاترین میانگین شده بودند.

فرح بخش (۲۱) نیز در مطالعه خود در بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه لرستان نشان داد دانشجویان این دانشگاه از سلامت روانی بالایی برخوردار نبودند که موبد یافته‌های تحقیق حاضر می‌باشد. در مطالعه رفیعی (۲۲) نیز ۶۷/۹ درصد از دانشجویان مورد بررسی مبتلاء به سطوحی از علائم مرضی بوده‌اند و تنها ۳۲/۱ درصد از آن‌ها دارای سلامت روانی طبیعی بودند.

در حیطه اضطراب و استرس‌های روانی، ۷/۲ درصد دانشجویان دارای اختلال بودند. بر اساس نتایج مطالعه انجام شده توسط شرینا و همکاران (۲۳) در دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در مالزی، ۴۲/۹ درصد از دانشجویان استرس‌های روانشناختی را تجربه می‌کنند.

در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار سلامت روانی دانشجویان  $13/58 \pm 26/80$  بدست آمد. در مطالعه قمری و همکاران (۲۴) در سال ۱۳۸۷ که بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شد، میانگین نمره سلامت روانی،  $11/43 \pm 26/6$  بوده است. در مطالعه سولگی و همکاران (۲۵) که بر روی دانشجویان شهر کرمانشاه انجام شده،  $14/08 \pm 24/8$  بدست آمده است.

در بررسی لطفی و همکاران (۲۶) در دانشجویان علوم پزشکی یزد، ۳۵/۴ درصد آنان مبتلاء به سطوحی از اختلال روانی بوده‌اند. در ابعاد سلامت روانی اکثریت دانشجویان دارای وضعیت مشکوک روانی بودند. در بررسی ادهم و همکاران (۲۷) در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، ۲۲/۷ درصد از آنان مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. در بررسی دیگری که توسط جهانی (۲۸) بر روی دانشجویان شاهد

دانشگاه‌های علوم پزشکی اراک، زنجان و قزوین صورت گرفته است، ۲۸/۶ درصد از دانشجویان مورد بررسی مشکوک به داشتن اختلال روانی بوده‌اند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع اختلال روانی در بین دانشجویان نسبتاً بالا می‌باشد که می‌تواند به علت این باشد که نمونه‌های مورد مطالعه اکثراً دانشجویانی می‌باشند که در خوابگاه ساکن هستند و غالباً این دانشجویان در مقایسه با دانشجویانی که در کنار والدین و خانواده خود زندگی می‌کنند با مشکلات بیشتری روبرو هستند. همچنین استرس و اضطراب در محیط‌های آموزشی، فرهنگی و تربیتی بیش از جامعه می‌باشد و دانشجویان جهت بدست آوردن امکانات و تسهیلات مناسب نیازمند تلاش‌های بیشتری هستند (۲۹).

آزمون آنوا نشان داد بین مقطع تحصیلی و سلامت وجودی و مذهبی و به طور کلی سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد. در واقع با افزایش سطح تحصیلی دانشجویان، گرایش آن‌ها در جهت بهبود سلامت معنوی نیز افزایش داشته است.

آزمون تی نیز رابطه معناداری بین جنسیت دانشجویان و سلامت روانی آن‌ها نشان نداد. این نتیجه با نتایج مطالعات کرمی (۳۰)، ادهم (۲۷) و توکلی زاده (۳۱) همخوانی داشته و با نتایج مطالعات انصاری (۳۲) مغایر است.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بین مقطع تحصیلی، سن، سال ورود به دانشگاه و اختلالات روانی رابطه ای وجود ندارد که با مطالعه کرمی و همکاران (۳۰) در این زمینه همخوانی وجود دارد. اگرچه در مطالعه حاضر سال ورود به دانشگاه بر دو بعد عملکرد اجتماعی و افسردگی دانشجویان موثر بوده است. در واقع دانشجویان در زمان تحصیل در دانشگاه با مشکلات عدیده اقتصادی روبرو می‌شوند که یکی از عوامل موثر در حل این مشکلات، وضعیت اقتصادی مناسب خانواده می‌باشد چرا که دانشجو در زمان تحصیل با هزینه‌هایی همچون هزینه رفت و آمد، خرید کتاب، اسکان، تغذیه روبروست که اگر وضعیت اقتصادی خانواده نامناسب باشد ممکن است سبب فشار روانی و ایجاد استرس در دانشجو گردد و در نتیجه در وضعیت تحصیلی و آموزش فرد



تبیین مرزهای سلامت معنوی و معنویت و ... وجود دارد. در مورد سلامت روانی نیز درصد بالایی از دانشجویان مشکوک به اختلال در سلامت روان می‌باشند. اگر چه پرسشنامه سلامت عمومی به طور قطعی مشکلات روانی یا جسمی را اثبات نمی‌کند ولی دانشجویان در معرض خطر را شناسایی می‌کند.

بنابراین توصیه می‌شود بررسی‌ها و مطالعات گسترده‌ای صورت گیرد و هر چه سریعتر با مشورت روانشناسان و روانپزشکان و با کمک مسئولین در جهت کاهش عوامل خطر قدم برداشته شود. همچنین نتایج این پژوهش ممکن است بتواند در جلب توجه مسئولین و برنامه ریزان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران موثر واقع شده و آنان را به اهمیت برنامه ریزی جهت پیشگیری از اختلالات روانی در دانشجویان جلب نماید و گامی در ارتقای سلامت دانشجویان برداشته شود.

پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی ضمن دخیل کردن رشته تحصیلی دانشجویان، مطالعات گسترده‌تری به بررسی سلامت روان و معنوی صورت گیرد.

نیز اثراتی خواهد داشت ولی در این مطالعه هیچگونه رابطه‌ای بین سطح درآمد خانواده و اختلالات روانی دیده نشد که با مطالعه کرمی و همکاران همخوانی دارد

رفیعی (۲۲) نیز در مطالعه خود رابطه معناداری بین جنسیت و سن دانشجویان و مولفه سلامت روانی مشاهده نکرد. با این حال آزمون آنوا رابطه معناداری بین معدل دانشجویان و سلامت روانی نشان داد. به واقع می‌توان چنین عنوان نمود که دانشجویانی که دارای وضعیت تحصیلی بهتری هستند از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردارند.

نتایج نشان داد وضعیت دانشجویان در دو مولفه سلامت معنوی و روانی مناسب نبود. بر طبق پژوهش محققین دانشگاه هاروارد، معنویت نه فقط ریشه در عقیده فرد داشته، بلکه ریشه در تجربه او نیز دارد. اگر شخصی فقط اعتقاد داشته باشد ولی تجربه نکرده باشد، بسیاری از فواید جسمی و روانی معنویت را از دست می‌دهد. ممکن است بسیاری از افراد تجارب معنوی داشته باشند، ولی آن را نشناسند (۳۳). با این حال علی‌رغم پژوهش‌های گسترده انجام شده، مشکلات زیادی همچون ابهام در تعریف سلامت معنوی، عدم توافق کلی بر مفاهیم اساسی مربوط به مساله، عدم

## References:

1. Qoran Karin, Sura Hashr, AL-Emran, Baghareh, Maedeh, Ghadr, Nesa, Zomar, Vaqee, Modaser, Nahl, Yones, Talagh, Fajr, Shoara, Yosef.
2. Motahari M. Majmooe asar. Iran, Tehran: Sadra Pub; 1999.
3. Kamali A. Subject interpretation of Quran. Tehran: Maaref Publication; 2005
4. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing* 1999; 17: 18-33.
5. Javadi Amoli, A. Tafsire mozooeie Quran. Iran, Qom: Esra Pub; 1995.
6. Nejati M.O. Quran VA ravans shenasi: Translated by Arab A. Mashad, Iran. Bonyade pajooesh haye islami; 1998.
7. Navidi A, Ghasemi K. Encyclopedia of medicine comprehensive prospective: Methods of traditional medicine and modern. Tehran: Saman Publication; 2005.
8. Young C, Koopsen C. Spirituality, health and healing. 1st Edition, Slack Incorporated: California, 2005.
9. Sadri M. The effect of trust in God to provide mental health of students 23-19 years of Isfahan. *Behav Sci J.* 2003; 1 (2) :43-6.
10. Hosseini S.A. Fundamentals of mental health. Iran, Mashad: Mashad University Pub; 1995.
11. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W., (1982) . Spiritual well- being scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.) , Measures of religiosity (p. 382-385) . Birmingham, AL: Religious Education Press.
12. Goldberg DP, Hillier VF, A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 131-145.
13. Daje A. [Investigate of high school students with health problems in the Kohkiluyeh city] [Master thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2006. (Persian)
14. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z, Assessment of Mental Health Among Freshmen Entering the First Semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010. *Ofoogh-e-Danesh,*. 2010; 16 (2) : 45-51 [Persian].
15. Mohammad Beigi A, Mohammad salehi N, Ghamari F, Salehi B, Depression symptoms Prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008, *Arak Medical university Journal* 2009;12 (3) :116-123.
16. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary therapies in clinical practice.* 2008; 14 (2) :90-7.
17. Palahang H, Nasr M, A study of the epidemiology of mental disorders in the Kashan, *Journal of Andisheh & Raftar* 1997; 2 (4) : 19-27 [Persian].
18. Moghimian M, Salmani F, Azarbarzin M. The relationship between test anxiety and spiritual health in nursing students. *J Qom Univer Med Scien.* 2011; 5 (Supl 3) :31-6.
18. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. Spiritual Health of Midwifery Students. *Journal of Health and Care,* 2012; 14 (1 and 2) : 55-60.
20. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing* 1992; 15: 1-8
21. Farahbakhsh S, Gholamrezaei S, Nikpay E. Relationship between Mental Health and Some Background Variables in Lorestan University Students. *Yafteh.* 2006; 7 (4) 7 (4) :79-86
22. Rafiei M, Mosavipour S, Aghanajafi M.



- Happiness, mental health, and their relationship among the students at Arak University of Medical Sciences in 2010. Arak Medical University Journal (AMUJ) 2012; 15 (62) : 15-25
23. Sherina M, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. Medical Journal of Malaysia. 2004; 59 (2) : 207-11.
  24. Ghamari F, Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N. The Association between Mental Health and Demographic Factors with Educational Success in the Students of Arak Universities. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;12 (1) : 118-24. [persian]
  25. Solgi Z, SaeediPoor B, Abdolmaleki P. Study of psychological well-being of physical education students of Razi university of Kermanshah. Behbood, The Scientific Quarterly. 2009; 13 (2) : 172-8.[persian]
  26. Lotfi MH, Ainian AH, Nouri Shadkam M, Ghomizadeh A, Zare M. To evaluate the psychological status of new entering students of Shahid Sadoughi university of Medical Sciences from 2003 to 2007. Teb Va Tazkieh 2008; 16 (66-67) :49-56.[persian]
  27. Adham D, Salem Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N, et al. The Survey of Mental Health Status in Ardabil University of Medical Sciences Students in 2007-2008. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services. 2008; 8 (3) : 229-34.[persian]
  28. Jahani H, Borji R, Shamloo F, Noroozi K. Mental health of Qazvin, Zanjan and Arak students who are the sons and daughters of victims of war (2007) . The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services. 2010; 13 (4) : 83-6. [Persian]
  29. Stecker T. Well being in an academic environment. Med Educ2004;38:465.78.
  30. Karami S, Piraste A, The survey of mental health status in Zanjan medical sciences University students, Sci J Zanjan med sci Uni 2002; 35: 66-73 [Persian].
  31. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z, Assessment of Mental Health Among Freshmen Entering the First Semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010. Ofogh-e-Danesh,. 2010; 16 (2) : 45-51 [Persian].
  32. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani N, Assessment of General Health and Some Related Factors among Students of Zahedan University of Medical Sciences In 2007, J Tabib-E-Shargh 2008; 9 (4) : 295-304 [Persian].
  33. Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind-body health: the effects of attitudes, emotions, and relationship. 3th Edition, Pearson: Sanfrancisco, 2006.

# The evaluation of relationship between mental health and spiritual health of students at Tehran University of Medical Sciences, 2013

Iravan Masoudi Asl<sup>1</sup>, Ghasem rajabi Vasokolae<sup>2</sup>, Hamed Nazari<sup>3</sup>, Leila Goudarzi<sup>4</sup>, Mehdi Raadabadi<sup>5</sup>\*

## Abstract:

**Background:** The Importance of Health in Islam has been mentioned on several occasions. In the views of the World Health Organization, mental health and spiritual health are included in the category of health definition. This study investigated the relationship between mental health and spiritual health as two other major healths among college students in Tehran University of Medical Sciences.

**Materials & Methods:** This study was descriptive - analytical study that was conducted cross-sectional in 2013. The data gathering tool was a questionnaire consisted of three parts: demographic information, 20-item spiritual health questionnaire of Pullotzin and Ellison and a test of mental health and (28-GHQ) , respectively. The collected data were analyzed using SPSS version 18 software and Pearson correlation test, t-test and ANOVA.

**Results:** The mean component of spiritual health was  $6.70 \pm 75.33$ . Mental Health 52.4 percent was in a state of disorder. According to T test, there was a significant relationship between spiritual health components and students` gender. ANOVA also showed a significant relationship between the level of students and spiritual health and revealed two following criteria, existential health and religious.

**Conclusion:** The results showed that students in the two components of spiritual health and mental condition were not proper, although the GHQ does not prove definite mental or physical problems but identifies at-risk students.

**Keywords:** spiritual health, mental health, paramedical students, Tehran University of Medical Sciences

1. Assistant Professor, Health Services Management Department, School of Management and Economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran  
 2. Student Scientific Research center, School of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
 3. MSc Student, Health Economics, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran  
 4. Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
 5. MSc Student of Health Economic, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran  
 Email: mehdiraadabadi@gmail.com